



ACHC ACCREDITED  
WILMINGTON MEDICAL  
SUPPLY, INC.

Patients First and Foremost...Always!

A Woodbury Health Products Company

## Formulario de Asignación de beneficios

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (Social Security Number) \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de los beneficios autorizados, incluyendo Medicare, Medicaid, Medicare suplementario u otro beneficio de seguro, se hagan en mi nombre a través de Wilmington Medical Supply (WMS) para cualquier equipo o servicios prestados a mí por WMS (Wilmington Medical Supply).

Yo autorizo que cualquier información médica o información que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por pagar, por servicios de equipo, la administración de financiamiento de atención de la salud (HCFA), mi compañía de seguros u otra entidad médica sea liberada a WMS (Wilmington Medical Supply). Se enviará una copia de esta autorización a HCFA, mi compañía de seguros u otra entidad si así lo solicita. La autorización original se mantendrá en archivo por WMS y será archivada por la duración de mis servicios.

Entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por mis beneficios de atención médica incluyendo deducibles, co-seguro o y fuera de los gastos de bolsillo.

Es mi responsabilidad notificar a WMS de cambios en mi cobertura de salud. En algunos casos los beneficios de seguros exactos no pueden determinarse hasta que la compañía de seguros recibe el reclamo. Soy responsable de la factura completa o el balance de la ley según lo determinado por WMS o mi asegurador médico si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas se niegan hacer el pago. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando responsabilidad financiera como se explicó anteriormente para todos los pagos de productos recibidos.

Al firmar este documento, también reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad, CMS Medicare DMEPOS proveedor normas y carta de derechos y responsabilidades de la organización y del cliente. Este reconocimiento es requerido por la Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA) para asegurar que he sido hecho consciente de mis derechos de privacidad.

**WMS 306 Old Dairy Road Wilmington, NC 28405**

Nombre de la persona que firma debajo (impresión): \_\_\_\_\_

Su Relación al asegurado: \_\_\_\_\_

Firma del asugarado o del Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Para consultas sobre este o cualquiera de los formularios o para preguntas generales, por favor llámenos al (866) 708-2730.*

Wilmington Medical Supply: 306 Old Dairy Road, Wilmington, NC 28405 | Toll Free: 866.708.2730 | Fax: 855.899.0215 | [www.wmsuro.com](http://www.wmsuro.com)

Wilmington Medical Supply: 100 Main Street, Whitinsville, MA 01588 | Phone: 508.234.3100 | Fax: 800.720.6216 | [www.wmsuro.com](http://www.wmsuro.com)

Wilmington Medical Supply: 126 South Alice Street, Suite 4, Dothan, AL 36301 | Toll Free: 866.708.2730 | Fax: 910.762.6533 | [www.wmsuro.com](http://www.wmsuro.com)

In Home Products: 12015 Shiloh Road, Suite 158B, Dallas, TX 75228 | Phone: 214.319.7772 | Fax: 214.319.9411 | [www.wmsuro.com](http://www.wmsuro.com)